REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1793/2007 **ATAS/1160/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 24 octobre 2007

En la cause

Monsieur L_____, domicilié , GENÈVE recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nathalie BLOCH et Dominique JECKELMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur L_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le 1979, d'origine portugaise, célibataire, est père de deux enfants, O_____ né le 1996 et S_____, né le 2001. L'intéressé a vécu dans son pays d'origine jusqu'à l'âge de neuf ans, après quoi il est venu en Suisse avec sa mère.

2. L'assuré a fréquenté l'école primaire, le cycle d'orientation de Budé, puis les ateliers de préapprentissage de la Société genevoise pour l'intégration professionnelle d'adolescents et d'adultes (ci-après SGIPA) durant une année. Sans formation professionnelle, il a travaillé sporadiquement au bénéfice de contrats temporaires octroyés par le chômage, en dernier lieu comme couvreur.

3. L'assuré a commencé à consommer du cannabis dès l'âge de douze ans, avant de passer à d'autres consommations de produits stupéfiants et de sombrer dans la poly-toxicomanie. De novembre 1998 à ce jour, il a effectué quatorze séjours en hôpital psychiatrique.

4. Le 28 octobre 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), en raison de troubles psychosociaux et d'addiction, visant à l'octroi d'une réorientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession ou d'une rente.

5. Dans un rapport à l'attention de l'OCAI daté du 2 janvier 2004, le Dr A_____, médecin généraliste, de la Fondation PHENIX, a posé les diagnostics de dépendance à l'alcool, dépendance aux opiacés, substituée par la Méthadone, dépendance à la cocaïne, dépendance au cannabis, trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline et hépatite C chronique. Le patient est en arrêt de travail à 100% depuis mai 2000. Le médecin indique que le patient a consommé du cannabis dès l'âge de douze ans et dès quatorze ans, il s'est alcoolisé de façon massive fréquemment. A partir de dix-huit ans, il a consommé de l'héroïne, de la cocaïne et de l'ecstasy. Il a été hospitalisé à onze reprises en milieu psychiatrique pour toxicomanie et abus d'alcool, la dernière hospitalisation pour sevrage d'alcool remontant à septembre 2003. Le Dr A_____ signale que durant l'année, le patient a fait plusieurs crises d'épilepsie sur facteurs déclenchant. Le patient présente un manque d'énergie, une perte de mémoire avec des confusions fréquentes, une incapacité de concentration, des vomissements et des malaises fréquents le matin, une anxiété permanente et il se sent déprimé. Le pronostic après douze ans d'abus souvent massif d'alcool et de différentes drogues est très mauvais et la capacité de gain est à l'évidence nulle, ceci de manière probablement définitive. Selon ce médecin, de nombreuses hospitalisations pour crise d'alcoolisation, épilepsie ou autre décompensation psychique sont à prévoir.

6. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, le Dr A_____ relève que le patient présente un trouble de la personnalité depuis 1991 et que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale influencent grandement l'affection actuelle. Les troubles psychiques de l'assuré sont réactionnels à des évènements de vie adverses. L'incapacité de travail est due à des affections physiques ou mentales uniquement.

7. Répondant au questionnaire en cas de toxicomanie, le Dr A_____ indique que la toxicomanie est la conséquence d'un trouble du développement, qui existe depuis l'âge de douze ans, en raison d'un père poly-toxicomane. La toxicomanie a causé un dommage mental important sous forme de lésions cérébrales, d'une altération de la personnalité d'origine organique et a entraîné des hospitalisations de longue durée.

8. Le Dr B_____ a établi un rapport à l'attention de l'OCAI en date du 19 avril 2005. Il a retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail un état dépressif, une hépatite alcoolique a répétition, une dépendance à l'alcool, une dépendance aux opiacés substituée par Méthadone, une tendance au cannabis et aux opiacés, une hépatite C chronique, un trouble de la personnalité et de l'obésité. L'incapacité de travail est de 100% depuis le 1er mai 2000. Ce médecin explique que le patient présente des idées suicidaires, un trouble du comportement, une absence d'énergie et des douleurs de l'épaule gauche. Il mentionne une très bonne collaboration dans la mesure de l'état de santé actuel. Les plaintes concernent l'hépatite à répétition, avec un risque d'évolution vers une cirrhose. La capacité de gain reste nulle, le patient n'arrive presque pas à gérer son quotidien. Le Dr B_____ a joint en annexe à son rapport les résultats d'une échographie de l'abdomen supérieur pratiquée en date du 19 juillet 2004 ; le diagnostic de stéatose, voire de stéatofibrose, a été évoqué. Selon le Dr B_____, l'activité exercée auparavant n'est pas exigible, il n'y a pas de possibilité d'améliorer la capacité de travail au poste occupé et l'on ne peut exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité.

9. L'OCAI a requis de la Clinique de Belle-Idée les rapports d'hospitalisation relatifs aux séjours de l'assuré.

10. Dans le rapport établi le 20 novembre 1998 à la suite de la première hospitalisation, le Dr C_____, chef de clinique, a posé le diagnostic principal selon la CIM-10 de troubles mentaux et troubles du comportement lié à l'utilisation de cocaïne, et comme autres diagnostics des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cannabis, utilisation continue. Sous la rubrique facteurs de stress, il était indiqué un problème familial, avec des circonstances durables, et stress moyen. A l'anamnèse, le patient décrivait depuis un mois des hallucinations auditives et visuelles, ainsi que des idées délirantes de persécution. Le médecin mentionnait que le patient, toxicomane actif, un passé carcéral important. Au status

psychiatrique à l'admission, le patient présentait des hallucinations auditives et visuelles avec des attitudes d'écoute, des idées délirantes de persécution, un sentiment d'être manipulé. Il avait perdu 45 kilos en huit mois et se méfiait des aliments. Ses idées bizarres s'étaient aggravées depuis un mois, dès le moment où il avait débuté des consommations de cocaïne. Dans le passé, il a eu plusieurs épisodes comparables. Malgré ses difficultés, le patient avait continué son travail de couvreur et assumé son rôle dans sa famille. Après l'arrêt des toxiques, la symptomatologie psychotique a rapidement régressé, le patient n'a pas présenté de syndrome de sevrage. A la sortie persistait un sentiment de persécution modéré. Un traitement neuroleptique a été proposé, que le patient a refusé.

11. La deuxième hospitalisation a eu lieu en entrée non volontaire du 2 juin 1999 au 14 juin 1999, suite à des crises clastiques, pour risques suicidaires et hétéro-agressivité. A l'entrée dans l'unité, le patient était alité et présentait un hématome de l'hémiface droite. Un traitement de Seresta a été introduit, remplacé par la suite par du Tranxilium. L'intéressé a été hospitalisé une troisième fois en entrée non volontaire, du 16 juin au 21 juin 1999, suite à une intoxication volontaire.

12. Lors de la quatrième hospitalisation, en date du 15 août 1999, les médecins ont indiqué sous la rubrique "diagnostic principal" des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples ainsi que des troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives, syndromes de dépendance. En outre, un diagnostic provisoire de personnalité émotionnellement labile de type borderline, a été retenu.

13. Dès la sixième hospitalisation, toujours en entrée non volontaire, du 3 septembre au 13 septembre 1999, le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline a été définitivement posé.

14. La dernière hospitalisation date du 21 octobre 2006, en entrée non volontaire, pour un risque auto- et hétéro-agressif majeur, dans le contexte d'une consommation d'alcool. Le diagnostic principal retenu par la Dresse. D_____, cheffe de clinique, est celui de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool. Comme autres diagnostics, elle mentionne des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabis, un syndrome de dépendance, utilisation continue, une personnalité émotionnellement labile, type borderline F60.31 et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, actuellement sous substitution et sous surveillance médicale.

15. Dans une note du 17 janvier 2007, une collaboratrice du SMR relève que les rapports médicaux ainsi que les nombreuses lettres de sortie des hospitalisations ont été soumises au Dr E_____, psychiatre FMH au SMR. Selon ce médecin, la toxicomanie est primaire, il n'y a pas de pathologie psychiatrique à la source de la

toxicomanie, ni de prise en charge pédopsychiatrique. Il a conclu qu'il n'y a pas de pathologie psychiatrique incapacitante et que le sevrage aux toxiques divers peut être exigé. Sur le plan somatique, les tests hépatiques en novembre 2006 sont nettement en amélioration par rapport à 2004.

16. Par décision du 12 avril 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmaco-dépendance et la toxicomanie ne constituent pas en soi une invalidité au sens de la loi et que dans son cas, l'incapacité de gain est due avant tout à la toxicodépendance, de sorte qu'il n'y a pas une invalidité au sens de la loi. Concernant les séjours en milieu psychiatrique, après étude des rapports de sortie, le SMR considère qu'il n'y a pas de pathologie psychiatrique qui serait à l'origine de sa dépendance.

17. Le 7 mai 2007, l'assuré interjette recours. Il expose être suivi régulièrement pour les questions de dépendance dont il est prisonnier depuis de nombreuses années. Cependant, les éléments qui l'amènent à user de toxiques sont plus complexes et trouvent leur origine dans les troubles psychiques qui perturbent son existence et sa vie en société depuis sa plus tendre enfance. Il fait valoir que dès son jeune âge, il a souffert de dyslexie et d'hyperactivité, ce qui lui a valu de suivre une scolarité spécialisée. Par la suite, lorsqu'il s'est retrouvé en préformation à la SGIPA, il a suivi une thérapie de groupe durant près d'une année. A seize ans, il est devenu père d'un petit garçon. Il a vécu avec la mère de son fils pendant quelque temps, puis ils se sont séparés. Depuis lors, sa vie n'a été qu'une succession de difficultés. Il rappelle qu'il a été suivi successivement par la Consultation de la Navigation, par la Fondation PHENIX et actuellement encore par le Dr Olivier B_____. Il relève que lorsqu'il a formulé sa demande AI, les médecins l'ont appuyé dans cette démarche, faisant état d'une personnalité labile, de type borderline. Son médecin, spécialiste en toxicodépendances, envisage une fois encore de mettre en place un suivi psychiatrique pour tenter de traiter les causes de sa dépendance aux produits. Il est convaincu que les troubles qu'il présente de longue date sont issus d'une pathologie psychiatrique et demande de reconsidérer la décision de l'OCAI et de bien vouloir juger qu'il relève d'une prise en charge de l'assurance. Il se déclare par ailleurs prêt à se soumettre à une expertise psychiatrique.

18. Dans sa réponse du 19 juin 2007, l'OCAI conclut au rejet du recours, relevant que sur la base du diagnostic posé par les médecins des HUG, à savoir les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples, le SMR a considéré qu'il n'y avait pas de pathologie psychiatrique invalidante.

19. Ce document a été communiqué au recourant en date du 21 juin 2007 et le dossier mis à sa disposition pour consultation.

20. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

   En l'espèce, les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA. Aussi, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). Par ailleurs, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

   Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant présente une atteinte à la santé lui ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement une rente.

5. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant

d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance.

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références ; consid. 4.3.1 de l'arrêt P. du 1er mai 2003, I 780/02).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Dès le 1er janvier 2004, date de l'entrée en vigueur de la 4ème révision AI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes,

doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

A cet égard, en ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

S'agissant par ailleurs de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

7. Selon la jurisprudence, la toxicomanie ne constitue pas, en soi, une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a, 321 consid. 1a et 325 consid. 1a).

   L'expert médical appelé à se prononcer sur le caractère invalidant de troubles psychiques doit poser un diagnostic relevant d'une classification reconnue et se déterminer sur le degré de gravité de l'affection. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne

peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références).

8. En l'espèce, le recourant fait valoir que l'usage de produits toxiques trouve son origine dans les troubles psychiques invalidants qui perturbent son existence et sa vie en société depuis sa plus tendre enfance. L'intimé soutient pour sa part que l'incapacité de gain du recourant est due avant tout à la toxico-dépendance et qu'il ne présente pas de pathologie psychiatrique qui serait à l'origine de sa dépendance.

   Le Tribunal de céans constate que depuis 1999, les médecins de la Clinique psychiatrique de Belle-Idée font état, dans chaque rapport d'hospitalisation, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et de divers produits toxiques, ainsi que d'un trouble de la personnalité. Ne figure en revanche aucune indication quant à la répercussion de ces troubles sur la capacité de travail du patient. Le Dr B_____, médecin traitant, indique que le recourant souffre de diverses atteintes à la santé, notamment un état dépressif, un trouble de la personnalité, une dépendance à l'alcool et aux opiacés, substituée par Méthadone, ainsi qu'une hépatite C chronique. L'état de santé s'aggrave et l'incapacité de travail est totale depuis le 1er mai 2000. Enfin, le Dr A_____, de la Fondation PHENIX confirme les diagnostics de ses confrères, précisant au surplus que la toxicomanie est la conséquence d'une atteinte à la santé, à savoir un trouble du développement important présent dès l'âge de 12 ans. Selon ce médecin, la toxicomanie a causé un dommage important, sous forme de lésion cérébrale organique ou neurologique et d'une altération de la personnalité. L'incapacité de travail est de 100 %, de manière probablement définitive et le pronostic très mauvais.

   A l'appui de son refus, l'intimé se réfère à un avis du Dr E_____, du SMR, selon lequel la toxicomanie serait primaire et il n'y aurait pas de pathologie psychiatrique incapacitante. C'est en vain cependant que l'on recherche dans le dossier de l'intimé l'avis du médecin du SMR. De surcroît, cet avis va à l'encontre des conclusions des autres médecins, spécialistes en psychiatrie et toxicodépendances, qui tous mentionnent l'existence de troubles mentaux. Ce seul fait est de nature à douter sérieusement de la pertinence des propos du médecin SMR.

   Conformément à la jurisprudence rappelée supra, ce qui est déterminant dans les cas de toxicomanie, c'est de savoir si elle résulte d'une affection physique ou psychique, - ce qui ne peut être en l'état exclu au vu des allégués du recourant concernant les difficultés qu'il aurait présentées durant l'adolescence - , ou si elle a

provoqué une maladie qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, ce qui paraît vraisemblable au vu du dossier médical.

L'intimé ne pouvait dès lors pas écarter d'un revers de la main les rapports des médecins, sans autre examen. La cause lui sera en conséquence renvoyée pour instruction complémentaire, notamment auprès des médecins de la clinique de Belle-Idée, et nouvelle décision. Les médecins appelés à se prononcer devront poser un diagnostic précis sur la nature des troubles somatiques et psychiques dont souffre le recourant, et dire, en particulier, si la toxicomanie a provoqué une maladie qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie. Ils devront déterminer la capacité de travail du recourant et les activités exigibles de sa part. Enfin, si cela devait s'avérer nécessaire, l'intimé ordonnera, dans les meilleurs délais, une expertise auprès d'un médecin spécialisé en toxicodépendances et addictions.

9. Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, est admis.

10. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

    Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Par conséquent, un émolument, fixé en l'occurrence à 500 fr., est mis à la charge de l'intimé qui succombe.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'OCAI du 12 avril 2007.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OCAI.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Sylvie CHAMOUX	Juliana BALDE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le